

Guide du secteur social et médico-social

Marcel Jaeger

Guide du secteur social et médico-social

11^e édition

DUNOD

Illustration de couverture © Adobe Stock

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, Paris, 2020

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-079885-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>INTRODUCTION</i>	1
<i>A</i>	7
Accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH)	7
Accompagnant éducatif et social (AES)	10
Accueil familial des personnes âgées ou handicapées adultes	13
Action éducative en milieu ouvert (AEMO), Action éducative à domicile (AED)	16
Action sociale – Cohésion sociale	18
Adulte-relais	21
Agence régionale de santé (ARS)	23
Aide médico-psychologique (AMP)	26
Aide sociale à l'enfance (ASE)	29
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	32
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	36
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	38
Amendement Creton	42
Animateur	45
Annexes XXIV	48
Appartement de coordination thérapeutique (ACT)	50

Assistant maternel, assistant familial	52
Assistant de service social	56
Assistant territorial socio-éducatif, conseiller territorial socio-éducatif	60
Association	61
Association intermédiaire	64
Auxiliaire de vie, assistant de vie	66
Auxiliaire de vie sociale (AVS)	69
C	73
Centre communal et intercommunal d'action sociale (CCAS, CIAS)	73
Centre d'accueil familial spécialisé	76
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	77
Centre d'adaptation à la vie active (CAVA)	79
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	80
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	83
Centre éducatif renforcé (CER)	86
Centre local d'information et de coordination (CLIC)	89
Centre maternel, Centre parental	91
Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)	94
Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)	96
Centre social, espace de vie sociale	98
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES)	101
Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS)	104
Certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive (CAPPEI)	106
Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)	108
Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA-PH)	111
Conseil de la vie sociale (CVS)	113
Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD)	115
Conseiller en économie sociale familiale (CESF)	118

Conseiller en insertion professionnelle (CIP), encadrant technique d'insertion	120
<i>D</i>	123
Décentralisation	123
Déficience	128
Diplôme d'État d'ingénierie sociale (DEIS)	131
Direction de la cohésion sociale (DGCS, DRJSCS, DDCS)	133
<i>E</i>	139
Économie sociale et solidaire (ESS)	139
Éducateur de jeunes enfants (EJE)	142
Éducateur spécialisé	146
Éducateur technique spécialisé (ETS)	149
Éducation spécialisée	152
Entreprise adaptée	154
Entreprise d'insertion	157
Établissement hébergeant les personnes âgées (EHPA, EHPAD)	160
Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)	165
Établissement régional d'enseignement adapté (EREA/LEA)	169
Évaluation de l'activité	171
<i>F</i>	177
Fonds d'aide aux jeunes (FAJ)	177
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	179
Foyer de l'enfance	181
Foyer de vie	183
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	185
<i>G</i>	189
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	189
Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)	192
<i>H</i>	195
Handicap	195
Haut conseil du travail social (HCTS, ex-CSTS)	198

<i>I</i>	201
Inadaptation	201
Inclusion scolaire, scolarisation des élèves handicapés	203
Inclusion sociale	207
Insertion professionnelle des adultes handicapés	209
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	213
Institut médico-éducatif (IME)	215
Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)	218
Internat	220
<i>L</i>	225
Lieu de vie et d'accueil	225
<i>M</i>	231
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	231
Maison d'enfants à caractère social (MECS)	233
Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	235
Maison des adolescents (MDA)	238
Médiateur familial	240
Mission locale et permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO)	242
Moniteur d'atelier	246
Moniteur-éducateur	249
<i>O</i>	253
Opérations ville, vie, vacances (VVV)	253
<i>P</i>	257
Placement familial	257
Politique de la ville	259
Polyhandicap, plurihandicap, surhandicap	263
Prévention, prévention spécialisée	266
Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)	269
Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)	271
Protection maternelle et infantile (PMI)	274

Protection sociale	277
<i>R</i>	279
Régie de quartier et de territoire	279
Revenu minimum d'insertion (RMI)	281
Revenu minimum d'activité (RMA)	284
Revenu de solidarité active (RSA)	285
<i>S</i>	289
Samusocial	289
Schéma départemental	291
SERAFIN-PH, réforme de la tarification	293
Service d'accompagnement à domicile et en milieu ouvert (SAAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH...)	295
Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	299
Service départemental d'action sociale	301
Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)	303
<i>T</i>	307
Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)	307
Transfert – Vacances adaptées organisées	309
Travail social, intervention sociale	311
Tutelle aux majeurs protégés (TMP), curatelle, sauvegarde de justice, mandataire judiciaire (MJPM)	315
Tutelle aux prestations sociales (TPS), mesure d'aide à la gestion du budget, mesure d'accompagnement (MASP, MAJ)	320
<i>U</i>	323
Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)	323
Usager	325
<i>V</i>	331
Village d'enfants	331
<i>ANNEXES</i>	335
Sources de documentation	335

Revue professionnelle	336
Liste des sigles	337

Introduction

« Flippy n'avait rien d'un poisson ; et quand, à moins d'un mètre, il fixait sur vous son regard pétillant, comment ne pas se demander si c'était vraiment un animal ? Si imprévue, si étrange, si complètement mystérieuse était cette créature, qu'on était tenté de voir en elle un être ensorcelé. Hélas, le cerveau du zoologiste ne pouvait le dissocier de la certitude glacée, presque douloureuse en la circonstance, qu'en termes scientifiques, il n'y avait rien là que *Tursiops truncatus* » (Claude Lévi-Strauss, *La Pensée sauvage*).

Beaucoup d'expressions dans le secteur social et médico-social paraissent simples à l'usage, dès lors qu'on se reconnaît dans la façon de parler. Encore faut-il accéder au rang d'initié, ce à quoi la formation théorique et la formation « sur le tas » contribuent tant bien que mal. Ceci n'est pas propre à ce secteur. L'hermétisme d'un code linguistique est constitutif de la démarcation de tout champ professionnel. Pourtant, à l'heure du partenariat, de la nécessité de faire comprendre son travail aux familles, aux personnes directement concernées et aux décideurs, des explications de vocabulaire s'imposent de plus en plus. Mais, outre que ces mots et expressions relèvent du jargon aux yeux des non-familiers, ils sont, pour les professionnels avertis, l'enjeu de conceptions, de choix théoriques, d'options idéologiques. Un mot simple en apparence comme « handicap », surtout lorsqu'on lui accole l'adjectif « social », évoque des approches très différentes, selon notamment la façon dont on se positionne par rapport à l'approche anglo-saxonne ; ou encore lorsqu'il s'agit de cerner les frontières entre « handicap mental » et « maladie mentale ».

Il arrive même, quand le débat s'amorce mal ou s'inscrit hors des modes, que l'explication devienne tabou. Pourquoi dilue-t-on, par exemple, les spécificités

de corps professionnels dans le terme générique de « travailleur social » ? Enfin, en raison de la complexité de l'organisation du secteur social et médico-social, de la diversité des statuts professionnels et des modes d'accompagnement, les professionnels finissent par avoir eux-mêmes des difficultés à maîtriser le langage de leur corporation, dès lors qu'ils s'éloignent de leur pratique la plus immédiate. Le secteur social et médico-social, très poreux aux phénomènes de mode et au vocabulaire qu'il hérite d'autres secteurs professionnels ou de diverses disciplines scientifiques qu'il côtoie, ne craint pas d'être porté sur le byzantinisme, le culte de la petite différence, la balkanisation des statuts. Or les professionnels sont ou seront confrontés de plus en plus à la découverte d'autres pratiques et d'autres codes : du fait de leur mobilité professionnelle, de la pluridisciplinarité des équipes, des chevauchements administratifs, des passages de relais lorsqu'un enfant devient adulte, lorsqu'un adulte devient personne âgée, lorsque les accompagnements basculent vers les dispositifs de l'aide sociale, du handicap ou de la psychiatrie, sans parler des dispositifs relevant du ministère de la Justice ou de celui de l'Éducation nationale.

Il n'est pas moins étonnant que chaque catégorie professionnelle de ce secteur se présente avec une vocation de généraliste, y compris lorsqu'il est fait recours à l'adjectif « spécialisé » (« éducateur spécialisé », « éducateur technique spécialisé ») ou lorsque la spécialisation est revendiquée dans le même temps que la transversalité des formations. Chacun a la prétention de prendre en charge la personne dans sa globalité et de contribuer, sans repli spontané dans un champ étroit de compétences, au « projet pédagogique, éducatif, thérapeutique global » dont traitaient, par exemple, les annexes XXIV régissant les établissements et services pour jeunes « déficients ou inadaptés ». Certes, dans tous les cas, il est question d'un accompagnement. L'unité d'œuvre, au sens de référence commune, est « l'utilisateur », la personne en difficulté dans son développement, dans ses relations à soi et aux autres, dans son accès à l'autonomie. Néanmoins, les besoins et les demandes sont divers, variables ; les réponses le sont tout autant et requièrent des compétences particulières qui, souvent, sont acquises par option, quel que soit le corps professionnel d'origine.

Tout ne paraît qu'émiettement du côté du paysage institutionnel. Il existe, certes, une multitude d'institutions, de sigles. La législation du secteur social et médico-social n'est pas homogène. Ce dernier s'est construit par accumulation et juxtaposition de textes. Il est difficile d'en avoir une vue d'ensemble, tant se divisent et s'enchevêtrent les champs de compétences (État/collectivités territoriales), les statuts (privé/public), les modes de financement (Sécurité sociale, aide sociale de l'État, aide sociale départementale), les instances de contrôle, les mécanismes d'orientation ou de placement... Enfin, par-delà les logiques de dispositifs, il

existe une nébuleuse d'actions reposant sur des dynamiques associatives, dans le cadre de l'économie sociale et solidaire.

Sans céder au mythe dangereux de la « bonne société » à la rationalité faussement rassurante, on doit reconnaître qu'il faut un certain entêtement et la pression de l'urgence pour s'y retrouver un peu, surtout depuis la décentralisation. Le phénomène n'est pas spécifique au secteur social. Un journaliste du *Monde* a indiqué que le *Bulletin des Lois* était passé de 912 grammes en 1970 à 3,266 kg en 2004. Ce n'est qu'une anecdote, mais elle illustre la place croissante du juridique, pour ne pas dire du juridisme. Pourtant, cette complexité reste organisée. En premier lieu, il est bon de rappeler que l'ensemble des dispositifs du secteur social et médico-social repose sur un principe à la fois fragile et central : depuis la rupture de la Révolution française et l'émergence d'une société de type démocratique, le pari a été pris d'assumer, le moins mal possible, la différence. Que l'exclusion sociale et professionnelle subsiste dans les faits, voire se développe, est une évidence. Mais notre société a répondu négativement à une question à laquelle la réponse n'est, elle, pas évidente : faut-il tuer les handicapés, les malades mentaux, les déviants ? On sait que des idéologies encore vivaces ont mené à une exclusion autrement plus radicale, l'extermination physique, et que la fragilité des sociétés démocratiques ne les met pas à l'abri d'un basculement dans la vaine recherche d'une unité forcée. Il se trouve que la cohérence profonde des dispositifs du secteur social et médico-social, en dépit de leur hétérogénéité apparente, tient précisément à la reconnaissance en droit de l'altérité et s'appuie sur un texte qui mérite plus d'attention qu'il n'y paraît : la Constitution. C'est dans ce texte fondateur que l'on trouvera le sens profond des actions menées. Nous postulerons donc cette référence comme étant l'acquis préalable à l'utilisation du présent ouvrage.

Ensuite, il est possible de trouver des cohérences partielles et un principe d'organisation des dispositifs autour de plusieurs pôles. Tout d'abord ce qui relève de la prévention primaire (au sens de l'Organisation mondiale de la santé), qui consiste à venir en aide aux personnes, aux familles, sans que les difficultés apparaissent toujours, mais pour éviter qu'elles n'adviennent. C'est, par exemple, l'une des fonctions de la Protection maternelle et infantile. Puis, lorsque les difficultés appellent une intervention professionnalisée, nous distinguerons : le secteur sanitaire, pour les malades et, notamment, les malades mentaux ; le secteur médico-social, pour les personnes handicapées ; le secteur social, pour les personnes en difficulté sociale et économique. On peut ainsi regrouper des profils de personnes en difficulté, des législations, des histoires, des modes de contrôle et de financement des institutions autour de ces trois pôles. Bien entendu, une telle présentation des dispositifs laisse entière la question du flou de certaines

frontières, des lieux de passage de l'un à l'autre, des flux de populations et de professionnels, sans oublier les « usagers » dits incasables ou inclassables. Mais ce classement grossier a une fonction opératoire, car il permet d'ordonner dans un premier temps la complexité d'un ensemble couvrant un éventail d'exigences en matière de politique sociale : des impératifs de santé publique à ceux de l'aide sociale.

Cet ouvrage donne la priorité aux deux pôles du secteur social et du secteur médico-social. Il a pour objectif de proposer une synthèse de définitions et de références qui couvre, à la différence des manuels et guides existants, le vocabulaire employé dans l'ensemble de ces deux secteurs : non pour réduire la complexité, mais pour en rendre compte et aider à la penser.

Une première tentative à laquelle j'ai participé a été faite par la Fédération santé-sociaux CFDT, en 1989, *Le Social en cinquante mots*, pour pallier un manque d'outils d'accès pratique aidant les professionnels à se reconnaître et à se faire connaître.

Depuis la parution de la première édition de ce guide, c'est-à-dire depuis vingt-six ans, plusieurs tentatives similaires ont été faites, soit pour couvrir un champ plus étroit, soit pour englober une masse très large de notions. Certains ouvrages sont d'ailleurs tout à fait complémentaires à celui-ci. C'est le cas du *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* auquel j'ai collaboré.

Je propose ici plusieurs niveaux de lecture et d'utilisation : des définitions pour « découvrir » un vocabulaire et des sigles, des interrogations sur les enjeux de terminologie, des explications techniques, les références juridiques principales, des références bibliographiques elles aussi limitées à l'essentiel. Nous avons retenu les mots et expressions d'emploi fréquent : des appellations de professions et d'institutions, des concepts clés, à l'exclusion d'un vocabulaire clinique ou de concepts théoriques.

La plupart des éléments chiffrés proviennent des diverses publications de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère en charge des Affaires sociales. Des approches plus qualitatives complètent ces statistiques, qu'il s'agisse de rapports du Conseil supérieur du travail social (devenu en 2016 le Haut conseil du travail social) ou de ceux de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Par ailleurs, ce livre ne dispense pas d'une lecture régulière de la presse professionnelle pour actualiser les connaissances, se familiariser avec les débats en cours, y participer et agir. S'il les cite peu dans les définitions, il renvoie obligatoirement aux principales revues du secteur social et médico-social (dont la liste est donnée

en annexe) et à la pratique de la presse en général, car le vocabulaire et les références ne constituent pas un code intemporel, bien au contraire.

Cette onzième édition s'inscrit dans un contexte de mutations législatives et réglementaires de grande ampleur, depuis l'ordonnance du 21 décembre 2000 qui a remplacé le Code de la famille et de l'aide sociale (CFAS) par le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Parmi les changements récents dont l'impact est loin d'être achevé, nous relèverons la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté et la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui accentuent les transformations des dispositifs d'action sociale et médico-sociale.

D'autres changements sont annoncés dans un contexte marqué par une succession de crises qui interrogent sans cesse notre rapport au monde, dont la pandémie du Covid-19. Il est donc essentiel de mieux connaître, pour le présent et pour l'avenir, les principales clés et les axes des débats qui contribuent à ces bouleversements.

1^{er} juillet 2020

A

ACCOMPAGNANT DES ÉLÈVES EN SITUATION DE HANDICAP (AESH)

► Vocabulaire

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées fait référence à une catégorie de personnels chargés de la scolarisation des élèves handicapés : les assistants d'éducation, appelés aussi « assistants de scolarisation ». Parmi eux, les auxiliaires de vie scolaire (AVS) assurent un accompagnement individuel. Ils ont ainsi été appelés AVS « individuels » ou encore « AVS-i », par différence avec ceux qui interviennent dans des dispositifs collectifs du type Unités localisées d'inclusion scolaire (ULIS), les « AVS-co ». Ils se distinguent enfin des « assistants pédagogiques » ou « assistants d'éducation » qui, eux, viennent en appui aux enseignants.

On notera qu'il existe des auxiliaires de vie « sociale », également « AVS », mais avec des emplois de nature très différente (voir définition plus loin).

Les AVS recrutés par contrat d'assistant d'éducation dits AED-AVS sont devenus en 2016 des « accompagnants des élèves en situation de handicap » (AESH). Ce changement de dénomination a correspondu à une volonté de professionnaliser les AVS jusque-là en contrats aidés.

Ils ont accès ainsi, depuis 2016, au diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES) comportant le certificat de spécialité « accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire ».

► Explication

Créés en 1982 à l'initiative de parents, les auxiliaires de vie scolaire assurent un accompagnement de la scolarité en milieu ordinaire d'enfants et adolescents handicapés. Ces AVS sont recrutés par l'État avec des contrats de trois ans renouvelables une fois. Ce sont des agents contractuels dans le cadre d'un contrat de droit public. Ils sont engagés d'abord à durée déterminée (CDD) À partir de 2014, ceux qui seront arrivés au terme de six années de CDD ont pu être recrutés en contrat à durée indéterminée. Ils ont, depuis 2003, le statut d'assistant d'éducation lorsqu'ils viennent en appui aux enseignants. Ils ont correspondu, à l'origine, à une catégorie d'emplois jeunes dans le secteur de ce qui s'appelait encore « l'intégration scolaire ».

Leurs missions sont restées les mêmes que celles énumérées dans la circulaire du 11 juin 2003 :

- interventions dans la classe définies en concertation avec l'enseignant : aide aux déplacements, à l'installation, à la communication, à la prise de notes... ;
- participation aux sorties de classes ;
- aide aux gestes de soins et d'hygiène ;
- participation à la mise en œuvre et au suivi des projets personnalisés de scolarisation, dans le cadre, notamment, des réunions de synthèse.

Ils interviennent le plus souvent à temps partiel (de 12 à 20 heures par semaine) et exceptionnellement à temps plein. En principe, les AVS sont de niveau 4 (baccalauréat), à la différence des « assistants pédagogiques », dont le niveau est en principe bac + 2. Mais la loi du 11 février 2005 prévoit qu'ils peuvent être recrutés sans condition de diplôme si l'aide individuelle qu'ils apportent ne comporte pas de soutien pédagogique. Dans tous les cas, ils doivent bénéficier d'une formation minimale obligatoire de 60 heures, qui peut aller jusqu'à 200 heures.

En 2013, 28 000 AVS-i accompagnaient 66 800 élèves, dont 21 800 à temps plein, sur les 210 395 élèves handicapés fréquentant les établissements scolaires du premier et du second degré, en comptant, outre les assistants d'éducation, des personnes sous contrats aidés. En 2005, le dispositif a été étendu aux étudiants handicapés. Il existe environ une centaine d'auxiliaires de vie « universitaires ». À la rentrée scolaire 2019, il a été relevé que le nombre des AESH avait beaucoup

augmenté, mais que sur les 200 000 élèves handicapés susceptibles de pouvoir bénéficier d'un accompagnement, de 11 000 à 13 000 élèves handicapés étaient encore privés d'AESH.

En 2012, il a été envisagé de définir les contours d'une nouvelle profession d'accompagnant d'enfants en situation de handicap en milieu scolaire, à partir d'un référentiel de compétences et d'activité. Cela a donné lieu à un rapport remis par Pénélope Komitès en avril 2013, qui a proposé de regrouper deux formations existantes d'auxiliaire de vie sociale et d'aide médico-psychologique avec une formation à construire pour l'accompagnement des élèves handicapés. C'est ainsi que, depuis janvier 2016, il existe un nouveau diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES) qui a fusionné les diplômes d'État d'aide médico-psychologique (AMP), d'auxiliaire de vie sociale (AVS) et la formation de ces accompagnants des élèves en situation de handicap.

Une circulaire du 5 juin 2019 a défini des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL). Il s'agit d'une nouvelle forme d'organisation du travail des AESH dans le cadre de regroupements d'établissements scolaires. Ils favorisent la coordination des ressources au plus près des élèves en situation de handicap (les aides humaines, pédagogiques, éducatives et thérapeutiques).

À la rentrée 2019, les PIAL concernaient :

- 300 circonscriptions du premier degré, sur 1 466 ;
- 2 000 collèges avec Ulis, sur 3 214 (pour un total de 7 153 collèges publics et privés) ;
- 250 lycées professionnels avec Ulis, sur 453 (pour un total de 1 456 lycées professionnels).

► Références

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005.
- Décrets n° 2005-1194 du 22 septembre 2005, n° 2009-993 du 20 août 2009, n° 2014-724 du 27 juin 2014, n° 2016-74 du 29 janvier 2016, n° 2019-1389 du 18 décembre 2019.
- Circulaires n° 2003-092 du 11 juin 2003, n° 2006-343 du 31 juillet 2006, n° 2011-071 du 2 mai 2011, n° 2014-083 du 8 juillet 2014, 2017-084 du 3 mai 2017, n° 2019-088 du 5 juin 2019.

► Bibliographie

André S., *La scolarisation et la formation des élèves et étudiants en situation de handicap*, Supplément n° 2938 des ASH, décembre 2015.

Fuster P., Jeanne P., *La Scolarisation des enfants en situation de handicap*, Berger Levrault, 2009.

Komitès P., *Professionnaliser les accompagnements pour la réussite des enfants et adolescents en situation de handicap*, avril 2013.

Louis J.-M., Ramond F., *Scolariser l'élève handicapé*, Dunod, 2006.

Zaffran J., *Quelle école pour les élèves handicapés ?*, La Découverte, 2007.

ACCOMPAGNANT ÉDUCATIF ET SOCIAL (AES)

► Vocabulaire

Le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES), créé en 2016, a fusionné les anciens DEAVS (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) et le DEAMP (diplôme d'État d'aide médico-psychologique). Il a, dans le même temps, intégré les auxiliaires de vie scolaire devenus à cette occasion des « accompagnants des élèves en situation de handicap » (AESH) et qui n'avaient jusqu'à présent aucun diplôme spécifique.

Ce même diplôme d'État reconnu pour trois métiers simplifie l'architecture des certifications et met en avant des compétences communes. Cependant, il maintient pour partie les différences initiales, puisqu'il est organisé avec un socle commun et trois certificats de spécialités correspondant aux trois métiers de départ.

Les personnes déjà titulaires du DEAVS ou du DEAMP sont de droit titulaires du nouveau DEAES.

► Explication

Le DEAES, institué par le décret du 29 janvier 2016, valorise des missions d'accompagnement de proximité, permettant de réaliser des interventions au quotidien visant à compenser les conséquences d'un manque d'autonomie. Il prend en compte les difficultés liées à l'âge, à la maladie, au mode de vie ou les conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, pour permettre à la personne d'être actrice de son projet de vie.

Le baccalauréat n'étant pas exigé à l'entrée en formation, il s'agit d'un diplôme de niveau 3 (anciennement de niveau 5) dans la nouvelle nomenclature des certifications professionnelles qui a été adoptée à l'échelon européen et entérinée par le décret du 8 janvier 2019. Cette nomenclature se présente désormais ainsi :

Cursus scolaire	Titre du diplôme	Niveau de diplôme
Infra Bac	CAP, BEP (DEAES, DE assistant familial)	Niveau 3
Bac	Baccalauréat (DEME, DETISF, CAP moniteur d'atelier)	Niveau 4
Bac + 2	DEUG, BTS, DUT, DEUST	Niveau 5
Bac + 3	Licence, licence professionnelle (DEEJE, DEES, DEAS, DEETS, DECESF)	Niveau 6
Bac + 4	Maîtrise, M1 (CAFERUIS)	Niveau 6
Bac + 5	M2, DEA, DESS (DEIS, CAFDES)	Niveau 7
Bac + 8	Doctorat, habilitation à diriger des recherches	Niveau 8

La répartition en termes de compétences par niveaux est explicitée par le décret n° 2019-14 du 8 janvier 2019.

La formation au DEAES comporte un socle commun de 378 heures de formation théorique, 147 heures pour une spécialité à choisir entre trois possibilités et 840 heures de formation pratique, en stage.

Quatre domaines de compétences structurent le socle commun :

- DC1 : « Se positionner comme professionnel dans le champ de l'action sociale », avec 126 heures communes + 14 heures de spécialité. Ce premier domaine porte sur les politiques publiques et sociales, des connaissances d'anatomie et de physiologie, enfin les notions d'éthique et de déontologie du travailleur social.
- DC2 : « Accompagner la personne au quotidien et dans la proximité », avec 98 heures communes et 63 heures de spécialité. Ce domaine forme aux connaissances et techniques de base dans les actes de la vie quotidienne : relation au corps, ergonomie et manutention, nutrition, hygiène, communication.
- DC3 : « Coopérer avec l'ensemble des professionnels concernés », avec 63 heures communes et 28 heures de spécialité. Ce domaine est relatif aux compétences de travail en équipe pluriprofessionnelle.
- DC4 : « Participer à l'animation de la vie sociale et citoyenne de la personne », avec 70 heures communes et 42 heures de spécialité, pour traiter du maintien et du développement de l'autonomie sociale.

Les trois spécialités sont ainsi conçues :

- « Accompagnement de la vie à domicile » pour un exercice au domicile, mais aussi, dans des foyers logement, dans des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), dans des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)...
- « Accompagnement de la vie en structure collective » au sein de toute structure accueillant des enfants ou des adultes en perte d'autonomie du fait de leur âge ou de leur situation de handicap.
- « Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire », en vue d'un exercice au sein de structures d'accueil de la petite enfance, d'établissements d'enseignement et de formation, d'établissements et services médico-sociaux...

En 2018, 9 500 élèves (88 % de femmes) sont inscrits en première année de formation pour obtenir le DEAES. Le nombre total d'inscrits en première année à ce diplôme ou à l'un des deux diplômes qu'il remplace (DEAMP et DEAVS) est passé de 14 100 à 9 700 entre 2010 et 2018. Cette baisse continue sur la période concerne pour l'essentiel les étudiants se destinant au travail à domicile, dont les effectifs ont été divisés par 4, passant de 6 000 à 1 500. Elle est beaucoup plus modérée pour ceux se destinant à l'exercice en structure collective (7 600 en 2018 contre 8 100 en 2010). La filière « éducation inclusive » concerne 600 étudiants en 2018. À son entrée en formation d'accompagnant éducatif et social, un nouvel étudiant en première année sur deux a un niveau d'études inférieur au baccalauréat. L'âge moyen des nouveaux étudiants en première année de cette formation est de 34 ans, soit cinq ans de plus que pour les autres étudiants en formations du social. Dans 9 cas sur 10, cette formation est suivie dans le cadre d'une reconversion professionnelle.

► Références

- Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016.
- Arrêtés du 29 janvier 2016, du 11 mars 2016, du 14 novembre 2016.

► Bibliographie

Demont G., Mrozić-Demont K., Chaudet V., *Mémo-fiches DEAES*, Elsevier-Masson, 2^e éd., 2020.

Huet O., *DEAES 2020-2021. Tout-en-un*, Dunod, 2019.

Perrier F., *Concours AES 2020-2021*, Dunod, 2019.

« Le nombre d'étudiants se destinant à l'accompagnement social et éducatif diminue depuis 2010 », *Études et résultats*, DREES, n° 1145, février 2020.

ACCUEIL FAMILIAL DES PERSONNES ÂGÉES OU HANDICAPÉES ADULTES

► Vocabulaire

Ce dispositif existe depuis 1989. La notion d'accueil familial, qui pourrait se substituer plus généralement à l'appellation « placement familial », marque ici une forme d'accompagnement moins professionnelle que celle assurée par les assistants familiaux. Les personnes agréées pour cet accueil sont rémunérées directement par la personne accueillie et n'ont pas le statut d'assistant familial (ou, anciennement, d'assistant maternel). Les personnes accueillies « à titre onéreux » sont assimilées à la fois à des locataires et à des employeurs. Depuis la loi du 17 janvier 2002, les personnes agréées sont dénommées « accueillants familiaux ».

L'adjectif « familial » est de plus en plus interrogé, car cette forme d'accueil tend à se professionnaliser.

► Explication

La loi de 1905 sur les infirmes, aveugles et incurables avait prévu le « placement » chez des particuliers de personnes âgées ou handicapées adultes. Cette disposition était rappelée dans l'article 164 du Code de la famille et de l'aide sociale, par le décret du 2 septembre 1954, pour les personnes âgées. Cette pratique s'est développée de manière non contrôlée et a donné lieu à des abus (activité lucrative non déclarée et utilisation de l'argent, voire des biens, de la personne âgée). Par contre, elle avait l'avantage d'être moins coûteuse pour la collectivité, d'éviter la concentration de personnes âgées dans des institutions et l'aggravation de leur désinsertion sociale. À la suite d'une enquête, en 1988, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a souligné l'urgence d'une refonte des dispositions légales.

Depuis la loi du 10 juillet 1989, à l'initiative du ministre délégué aux personnes âgées, Théo Braun, les personnes qui accueillent à leur domicile, à temps partiel ou à temps complet, des personnes âgées ou handicapées adultes (avec un minimum d'autonomie) à titre onéreux doivent être agréées par le président du conseil départemental et faire l'objet d'une convention d'habilitation au titre de l'aide sociale. D'autre part, chaque personne accueillie passe un contrat écrit avec la personne agréée, sans que cela soit un véritable contrat de travail : il est dénommé « contrat d'accueil ». La rémunération de cette dernière consiste en une indemnité

journalière (conforme à un plafond fixé par le président du conseil départemental et qui ne peut pas être inférieure à 2,5 fois la valeur horaire du SMIC) ayant le statut juridique d'un salaire, versée par la personne accueillie ; celle-ci est en principe exonérée des charges patronales. S'y ajoutent des indemnités pour des contraintes particulières, pour le loyer et pour l'entretien (nourriture, dépenses courantes). La personne agréée ne doit pas accueillir plus de deux personnes (trois par dérogation). Elle ne peut bénéficier de dispositions « entre vifs » ou testamentaires en sa faveur. Un contrôle régulier doit être assuré par les services du conseil départemental, auquel peut s'ajouter un suivi social et médico-social assuré par une institution publique ou privée. Les personnes agréées doivent bénéficier d'une formation organisée par le conseil départemental.

Cette même loi traite également de l'accueil familial thérapeutique pour les malades mentaux. La formule, dans ce cas, est différente. Il s'agit plus d'un placement familial classique, sous la responsabilité d'un établissement ou d'un service de soins, agréé conjointement par le président du conseil départemental et par le préfet. C'est l'établissement ou le service qui assure la rémunération de la personne agréée, qu'il s'agisse d'une famille au sens traditionnel du terme, d'une famille dite thérapeutique, constituée spécialement avec des professionnels pour accueillir les malades, ou d'une communauté d'accueil thérapeutique regroupant plusieurs accueillants. Cependant, si l'arrêté du 1^{er} octobre 1990 qui l'a réglementé n'est toujours pas remis en cause, les établissements de santé ne soutiennent plus beaucoup cette formule.

La loi de 1989 a été modifiée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (art. 51), qui revalorisait le statut des accueillants familiaux, puis par celle du 9 décembre 2004 visant à simplifier le droit. Sur ce dernier point en effet, il est apparu nécessaire d'harmoniser le dispositif de l'agrément délivré par le président du conseil départemental et celui de l'autorisation donnée par le préfet lorsque les personnes concernées impliquent des prestations engageant la compétence de l'État. Par la suite, la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable a instauré un statut de salarié pour les accueillants de personnes âgées ou handicapées employés par des personnes morales.

Par ailleurs, l'article 124 de la loi dite HPST « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » du 21 juillet 2009 a rendu possible le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux.

6 200 personnes âgées et 7 600 personnes handicapées sont ainsi hébergées par environ 10 000 personnes agréées.

La loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement avait laissé espérer un développement de cette formule. En fait, le cadre réglementaire est toujours en discussion. En effet, l'existence d'un contrat d'accueil ne signifie pas qu'il y ait un contrat de travail qui assure le respect d'un certain nombre de règles en matière de durée du travail, par exemple, ou de rémunération. Le rapport Libault, en 2019, a proposé de développer le salariat d'accueillants familiaux reliés à des établissements ou services médico-sociaux.

L'Union fédérative nationale des associations de familles d'accueil et assistants maternels (UFNAFAAM) regroupe assistants maternels, assistants familiaux et accueillants familiaux.

► Références

- Lois n° 89-475 du 10 juillet 1989, n° 2002-73 du 17 janvier 2002, n° 2004-1343 du 9 décembre 2004, n° 2007-290 du 5 mars 2007, n° 2009-879 du 21 juillet 2009, n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.
- Décrets n° 90-503 et 90-504 du 22 juin 1990, n° 90-635 du 18 juillet 1990, n° 91-88 du 23 janvier 1991, n° 2010-927 et 928 du 3 août 2010, n° 2017-552 du 14 avril 2017.
- Arrêtés du 18 juillet 1990, 1^{er} octobre 1990.
- Note d'information DGAS n° 2005-283 du 15 juin 2005.

► Bibliographie

Cébula J.-C. (sous la direction de), *Guide de l'accueil familial*, Dunod, 2000.

Cébula J.-C., *L'Accueil familial des adultes*, Dunod, 1999.

Guide de l'accueil familial pour les personnes âgées et les personnes handicapées, DGCS, 2013.

Inspection générale des affaires sociales
Rapport sur l'accueil familial thérapeutique, mars 1994.

Libault D., *Grand âge, le temps d'agir. Concertation Grand âge et autonomie*, ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019.

Puech I., Touahria-Gaillard A. (sous la direction de), *L'accompagnement du handicap à domicile : enjeux moraux, sociaux et politiques*, Presses Universitaires de Grenoble, 2018.

« L'accueil familial spécialisé thérapeutique », *Soins*, n° 160 (n° spécial), février 1994.

ACTION ÉDUCATIVE EN MILIEU OUVERT (AEMO), ACTION ÉDUCATIVE À DOMICILE (AED)

► Vocabulaire

Les services d'AEMO interviennent à domicile auprès des mineurs en danger et de leurs familles, en vue de leur apporter une aide psychologique, éducative et éventuellement matérielle. L'objectif est d'exercer une action préventive pour éviter un retrait d'enfant(s) du milieu familial et donc une aggravation de la dissociation des familles. Dans le langage courant, on distingue l'AEMO judiciaire (ordonnée par le juge des enfants) et l'AEMO administrative (décidée par les services de l'Aide sociale à l'enfance, avec l'accord des parents). Pour souligner que l'ensemble de la famille est concerné pour l'AEMO administrative, la circulaire du 23 janvier 1981 a introduit la notion d'action éducative en milieu familial (AEMF), expression reprise par certains services.

On utilise de préférence l'appellation action éducative à domicile (AED) pour désigner une mesure décidée par président du conseil départemental, à la demande ou en accord avec les parents.

► Explication

Le principe de l'AEMO est ancien : l'idée d'un « patronage familial » a été développée à l'occasion de la création des tribunaux pour enfants par la loi du 22 juillet 1912, puis le décret-loi du 30 octobre 1935 a intégré l'assistance éducative aux « parents dépassés » dans la procédure de déchéance paternelle. Mais le nombre des jugements pour déchéance a diminué et ce type d'intervention s'est élargi à la notion de danger pour l'enfant. Deux textes parus à un mois d'intervalle (ordonnance du 23 décembre 1958 et décret du 7 janvier 1959) ont institué deux types de procédure :

- la protection judiciaire avec une décision du juge des enfants, qui s'impose à la famille. Le juge considérera, en effet, soit que la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger, soit que les conditions de son éducation sont compromises. La décision judiciaire concerne spécifiquement un mineur, même si, en réalité, les parents sont les premiers à avoir besoin d'une aide. La mesure doit être reconsidérée tous les deux ans ; elle ne peut prendre fin que sur une décision du juge ou si l'enfant devient majeur ou émancipé. Cette forme d'AEMO, régie par l'article 375 du Code civil (loi du 4 juin 1970 qui intègre l'ordonnance du 23 décembre 1958), représente plus de 70 % des AEMO ;

- la protection sociale ou administrative de l'enfant en risque de danger physique ou moral, décidée par les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) placés sous l'autorité du président du conseil départemental, avec l'accord de la famille, dans les cas où les conditions d'existence de la famille sont susceptibles de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation des mineurs. Cette mesure prévue par le décret du 7 janvier 1959 se veut préventive. Elle est proposée à la famille et se structure autour d'un contrat qui ne se limite pas à un enfant en particulier. Le contrat, revu annuellement, implique le milieu familial dans sa globalité.

Ces deux formes d'AEMO peuvent se succéder dans le temps et être complémentaires : la distinction entre un danger réel et un réel risque de danger n'est pas toujours évidente. Aussi les relations entre les services de l'ASE et les juges des enfants devraient-elles permettre une « protection conjointe ».

Services privés ou publics, les services d'AEMO sont sous la compétence des conseils départementaux. Ils doivent être habilités et, pour les services privés, passer convention avec les services départementaux de l'Aide sociale. Les conseils départementaux sont tenus de financer les AEMO décidées par le juge (le ministère de la Justice finance les enquêtes et les examens médicaux).

Les équipes sont pluridisciplinaires et l'appellation de travailleur social l'emporte sur celles, par exemple, d'éducateur spécialisé ou d'assistant de service social.

Les mesures d'AEMO ne cessent de se multiplier aux dépens des décisions de placement et les services sont de plus en plus sollicités par les juges. Étant donné que, par ailleurs, l'AEMO administrative repose sur une relation contractuelle par définition fragile avec des familles en difficultés, la tendance est à son recul au profit des AEMO judiciaires, ce à quoi a fortement incité la loi du 14 mars 2016.

Aujourd'hui, la distinction entre « milieu ouvert » et « placement » n'est plus aussi nette, car plusieurs formules intermédiaires sont utilisées : placement éducatif à domicile (PEAD), placement externalisé, AEMO avec hébergement, AEMO renforcée avec ou sans hébergement... Elles sont très soutenues par le Carrefour national de l'action éducative en milieu ouvert (CNAEMO) qui rassemble, depuis 1981, des professionnels de l'AEMO du secteur associatif et qui publie la revue *Espace Social*.

On estime à environ 165 000 le nombre total des mineurs suivis en AEMO, dont 70 % à la suite de décisions judiciaires. Près de 3 500 professionnels travaillent dans 232 services.